



Maryland Department of Health and Mental Hygiene

Vital Statistics Administration

Estimada madre reciente:

La Administración del Registro Demográfico del Departamento de Salud y Higiene Mental de Maryland emite la partida de nacimiento de su hijo. La partida de nacimiento es el registro legal permanente del nacimiento de su hijo y se utiliza como prueba de la edad, ciudadanía y parentesco de su hijo. La información que debe dar es obligatoria por ley Health-General Code Ann. §4-203 (b). Si usted no completa este formulario correctamente, no podremos crear una partida de nacimiento fidedigna para su hijo.

La información sobre la educación, raza, consume de tabaco, altura y peso antes del embarazo de la madre es recopilada para fines de salud pública. Las leyes del Estado de Maryland protegen contra la divulgación ilícita de la información contenida en la partida de nacimiento para garantizar la confidencialidad de su información.

Dentro de cuatro semanas, usted recibirá por correo una Notificación del Registro de Nacimiento que indica que se registró el nacimiento de su bebé en el estado de Maryland. Esta notificación no es la partida de nacimiento de su bebé y la partida de nacimiento no le será enviada automáticamente. La Notificación del Registro de Nacimiento que recibirá incluye instrucciones para solicitar la partida de nacimiento de su bebé, si lo desea.

- Es sumamente importante que proporcione información completa y precisa para todas las preguntas. Escriba toda la información claramente en letra de imprenta.
- La hoja se debe completar y devolver al encargado del Registro de Nacimientos dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento de su hijo.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el encargado del Registro de Nacimientos del hospital.

Escriba todos los nombres exactamente como desea que aparezcan en la partida de nacimiento.

1. ¿Cuál es su nombre legal actual?

PRIMER nombre de la madre SEGUNDO nombre de la madre APELLIDO de la madre Sufijo (Jr., III, etc.)

2a. ¿Cuál será el nombre legal de su bebé (la forma en que aparecerá en la partida de nacimiento)? Si usted tuvo mellizos, trillizos, etc., por favor completa el formulario Adjunto para Nacimiento Múltiple.

PRIMER nombre del niño SEGUNDO nombre del niño APELLIDO del niño Sufijo (Jr., III, etc.)

No se ha escogido el nombre todavía

2b. ¿Su bebé es niño o niña?

Niño Niña

2c. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su bebé?

_____ / **20** _____

3. ¿Dónde vive habitualmente? Es decir, ¿dónde se encuentra su hogar físicamente?

Número completo de la casa y de la calle : _____, Número del apartamento: _____
(No escriba números de rutas rurales)

Ciudad: _____, Estado : _____ Código postal : _____
(o territorio de los Estados Unidos, Provincia canadiense)

Condado : _____ Si no vive en los Estados Unidos, escriba el país _____

4. ¿Vive dentro de los límites de la ciudad especificados anteriormente?

Sí No No sabe

5. ¿Cuál es su dirección postal?

Igual a la dirección de mi residencia → Vaya a la siguiente pregunta # 6

Número completo de la casa y de la calle : _____, Número del apartamento: _____
(No escriba números de rutas rurales)

Ciudad: _____, Estado : _____ Código postal : _____
(o territorio de los Estados Unidos, Provincia canadiense)

Condado : _____ Si no vive en los Estados Unidos, escriba el país _____

6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? *Ejemplo: 3 / 4 /1977*

_____ / _____ / _____
Mes Día Año

7. ¿En qué estado, territorio de los Estados Unidos o país extranjero nació usted? *Por favor indique el lugar de nacimiento de la madre :*

Estado _____ → Vaya a la pregunta # 9

Territorio de los Estados Unidos _____ → Vaya a la pregunta # 9
Puerto Rico, Islas Virgenes (EE.UU.), Guam, Samoa Americana o Islas Marianas del Norte

País extranjero _____ *Si nació en Canadá, indique la provincia canadiense.*

8. Si nació fuera de los Estados Unidos, ¿cuánto tiempo hace que vive en los Estados Unidos?

Número de años

9. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que había completado cuando nació su bebé? *Marque (X) UNA sola opción.*

<input type="checkbox"/> 8° grado o menos	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios, pero sin diploma	<input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo: MA, MS, MBA)
<input type="checkbox"/> 9° - 12° grado, sin diploma	<input type="checkbox"/> Diploma universitario de dos años (por ejemplo: AA, AS)	<input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo: PhD, EdD, MD, JD)
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Diploma universitario de cuatro años (por ejemplo: BA, BS)	

10. ¿Es usted hispana/latina? *Marque (X) TODAS las opciones aplicables y especifique donde se indica.*

<input type="checkbox"/> NO, no soy hispana/latina	<input type="checkbox"/> Sí, mexicana, mexico-americana, chicana	<input type="checkbox"/> Sí, otro país hispano/latino
	<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueña	(por ejemplo: salvadoreña, guatemalteca, nicaragüense)
	<input type="checkbox"/> Sí, cubana	(especifique) _____

11. ¿Cuál es su raza? *Marque (X) TODAS las opciones aplicables y especifique donde se indica.*

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro
<input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <i>(nombre de la tribu en la que está inscrita o tribu principal)</i> _____	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Samoana
<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Nativa de otra de las islas del Pacífico <i>(especifique)</i> _____
	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____
	<input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique) _____	

12. ¿Participó en el programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants & Children, WIC) durante este embarazo?
(Nutrición suplementaria especial para Mujeres, Bebés y Niños)

Sí No No sabe

13. ¿Cuál es su altura?

_____ pies _____ pulgadas

14. ¿Cuál era su peso antes del embarazo?

_____ libras

15. ¿Recibió tratamiento para la esterilidad para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé? *Esto incluye medicamentos para mejorar la fertilidad (por ejemplo Clomid, Pergonal), inseminación artificial o inseminación intrauterina o tecnología de reproducción asistida (fertilización in vitro [FIV]; [GIFT, siglas en ingles]; [ZIFT, siglas en ingles]).*

Sí No → Vaya a la pregunta # 17

16. ¿Utilizó alguno de los tratamientos siguientes para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé? *Marque (X) TODOS los que correspondan.*

Medicamentos para mejorar la fertilidad, inseminación artificial o inseminación intrauterina— cualquiera de los medicamentos para la fertilidad (por ejemplo Clomid, Pergonal), inseminación artificial o inseminación intrauterina para poder quedar embarazada.

Tecnología de reproducción asistida—cualquiera de los tratamientos de tecnología de reproducción asistida (ART)/ técnicas de tecnología de reproducción asistida (fertilización in vitro [FIV], transferencia intratubárica de gametos [GIFT, siglas en ingles]; [ZIFT, siglas en ingles] para poder quedar embarazada).

17. ¿Cuántos cigarrillos o paquetes de cigarrillos fumó (en promedio) por día durante los siguientes períodos?

Si NUNCA fumó, escriba "0" para cada período.

Período	Número de cigarrillos por día	O	Número de paquetes por día
3 meses antes del embarazo	_____		_____
Primer trimestre del embarazo	_____		_____
Segundos trimestre del embarazo	_____		_____
Tercer trimestre del embarazo	_____		_____

18. ¿Ha estado casada alguna vez?

Sí → **18a. ¿Cuál era su nombre antes de su primer matrimonio?**

PRIMER nombre SEGUNDO nombre APELLIDO de la madre Sufijo (III, etc.)

18b. ¿Estaba casada al momento de concebir este niño(a), al momento del parto o en cualquier momento entre la concepción y el parto?

Sí, y el padre del niño(a) es su marido → Vaya a la pregunta # 20

Sí, pero el padre del niño(a) NO es su marido → Por favor hable con el encargado del Registro de Nacimientos del hospital

No

No

19. Si NO está casada al momento de concebir este niño(a), al momento del parto o en cualquier momento entre la concepción y el parto, ¿usted y el padre van a completar una Declaración Jurada de Paternidad para este niño(a)? La Declaración Jurada de Paternidad permite que el padre acepta responsabilidad legal por el niño(a). Si NO está casada y no completa una Declaración Jurada De Paternidad, la información sobre el padre no puede incluirse en la partida de nacimiento. La información sobre los procedimientos para añadir los datos del padre a la partida de nacimiento después de que ésta haya sido expedida se puede obtener en la División de Registros Vitales.

Sí, una DECLARACIÓN JURADA DE PATERNIDAD será completada en el hospital (*por favor hable con su enfermera para obtener el formulario*)

NO, una DECLARACIÓN JURADA DE PATERNIDAD NO será completada → Vaya a la pregunta # 28a

20. ¿Cuál es el nombre del padre de su bebé?

PRIMER nombre del padre SEGUNDO nombre (o nombres) del padre APELLIDO del padre Sufijo (Jr., III, etc.)

21. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre? Ejemplo: 3 / 4 /1977

___ / ___ / _____

22. ¿En qué estado, territorio de los Estados Unidos o país extranjero nació el padre? Por favor indique el lugar de nacimiento del padre :

Estado _____

Territorio de los Estados Unidos _____
Puerto Rico, Islas Virgenes (EE.UU.), Guam, Samoa Americana o Islas Marianas del Norte

País extranjero _____ *Si nació en Canadá, indique la provincia canadiense* _____

23. Si el padre nació fuera de los Estados Unidos, ¿cuánto tiempo hace que vive en los Estados Unidos?

Número de años

